

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

David ROIT

Né le 3 mai 1909 à Securenî (Roumanie)

IMPORTANCE

DE

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

DU POUMON

AU COURS DE LA TYPHOBACILLOSE

Président : M. Fernand BEZANÇON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

1936

407

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1936

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

David ROIT

Né le 3 mai 1909 à Secureni (Roumanie)

IMPORTANCE

DE

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE
DU POUMON

AU COURS DE LA TYPHOBACILLOSE

Président : M. Fernand BEZANÇON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

1936

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie.....	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET
Clinique médicale	} LOEPER.
	} CARNOT.
	} CLERC.
	} Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	} CUNEO.
	} GOSSET.
	} GREGOIRE.
	} LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	} TERRIEN.
Clinique urologique	
	} MARION
Clinique d'accouchements.....	} BRINDEAU.
	} COUVELAIRE.
	} JEANNIN.
Clinique gynécologique	} MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale	} OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	} RATHERY.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la tuberculose.....	} LEMAITRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
	} Pierre DUVAL.
	} SERGENT.
	} BEZANÇON.
	} MATHIEU.
Professeurs sans chaire	} HOVELACQUE.
	} MULON.
	} OLIVIER.
	} VERNE,

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 JUSTIN-BESANCON, Hydro-climatolo-
 gie thérapeutique.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimen-
 tale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimen-
 tale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCQ Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE..... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education Physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Pour leurs sacrifices et
leur dévouement toute ma
reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour l'honneur qui m'a fait
d'accepter la présidence de
cette thèse et pour le précieux
enseignement dont il m'a fait
profiter.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR P.-F. ARMAND-DELILLE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a guidé mes premiers
pas dans le domaine de la
tuberculose et m'a inspiré ce
travail.

A M. LE DOCTEUR ROBERT AZOULAY
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage de reconnais-
sance pour les précieux conseils
qu'il m'a donnés.

I. INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer au cours de notre stage dans le service de notre maître, M. le Docteur P. Armand-Delille, un certain nombre de malades atteints d'un syndrome fébrile non caractérisé dont le médecin traitant n'avait pas trouvé la véritable cause, et dont notre Maître a démontré en pratiquant, systématiquement l'examen radiologique, la nature tuberculeuse. Le mal en soi n'aurait pas été grand si les conséquences qu'une telle erreur pouvait entraîner n'étaient pas extrêmement importantes pour la vie des malades. En réalité, la thérapeutique qui est la conséquence logique du diagnostic est diamétralement opposée d'une part, dans les affections qui simulent les fièvres de tuberculinisation, et d'autre part, dans les fièvres de tuberculinisation elles-mêmes. Notre Maître a souvent insisté sur ce point, à savoir que de telles erreurs auraient pu être évitées si l'on mettait en jeu tous les moyens d'investigation qu'on a à sa disposition, notamment la radiologie, pour le diagnostic de ces fièvres qu'il a appelées de « tuberculinisation ». La défaillance des signes cliniques, les réserves qu'on

peut émettre sur les signes de laboratoire, le manque de valeur de la cutiréaction dans la plupart des cas, montrent qu'on n'a pas le droit de négliger un moyen d'investigation aussi précieux que la radiologie. Dans un chapitre spécial, nous montrerons quels sont les profits qu'on peut tirer de ce moyen de diagnostic.

A la lumière des examens radiologiques, il ressort que l'interprétation pathogénique de Landouzy du syndrome typhobacillaire, a un rôle négatif très important. En effet, en présence d'un tel syndrome, le clinicien se contentera d'en faire le diagnostic sans en chercher le substratum anatomique ; il échappe ainsi à son devoir essentiel de découvrir la lésion et d'en suivre l'évolution. Nous pensons qu'il est de très peu d'importance pratique de savoir si le syndrome typhobacillaire est le résultat d'une septicémie à bacilles de Koch ou à l'ultravirus, s'il s'agit d'une manifestation de primo-infection ou de réinfection, si les granulations tuberculeuses de la typhobacillose ont la même structure que celles de la granulie typique ; mais ce qui importe, c'est d'établir l'intensité et le degré des dégâts ; c'est de suivre leur évolution et de prendre des mesures thérapeutiques pour éviter des complications graves. Car l'avenir du sujet dépend de la lésion tuberculeuse elle-même. Quant à l'état typhoïde analogue à celui de la typhobacillose que certaines affections de nature tout à fait différentes,

sont susceptibles de créer, nous croyons que ce n'est pas un argument décisif pour rayer le syndrome des cadres de la nosologie. En effet, on sait que dans les maladies aiguës, les symptômes peuvent manifester une analogie très grande. C'est sur cette similitude singulière de la symptomatologie dans les maladies aiguës, que le biologiste Lumière a attiré l'attention. Sans avoir la prétention d'émettre ici des opinions personnelles, nous nous proposons dans ce travail de montrer spécialement quel est le profit qu'on peut tirer de la radiologie pour le diagnostic des fièvres de tuberculinisation.

Nous nous faisons un devoir d'insister d'abord sur le remarquable article de notre Maître M. Courcoux sur la typhobacillose en général, article publié dans la *Médecine* de mai 1932.

* * *

Avant l'entrée en matière, nous nous faisons un plaisir de remercier notre ami, M. J. Smarac pour l'intérêt qu'il nous a témoigné dans des moments difficiles, d'exprimer toute notre sympathie à M. M. Petrusca et à tous ceux qui nous ont témoigné leur bienveillance au cours de nos études.

II. HISTORIQUE ET DESCRIPTION CLINIQUE

L'histoire de la fièvre de tuberculinisation est très ancienne ; on en parle dans les ouvrages du XVIII^e siècle. En 1873, Bonnemaïson, de Toulouse, a décrit dans ses leçons cliniques, des fièvres tuberculeuses d'allure typhoïde. En 1883, Landouzy individualisa un nouveau type d'infection bacillaire aiguë, une nouvelle entité clinique de la fièvre de tuberculinisation qu'il désigna sous le nom de typhobacillose. L'existence du syndrome fut d'abord contestée. Mais peu à peu, grâce à la découverte du sérodiagnostic, de l'hémoculture, de la cuti-réaction et de la radiologie, non seulement la réalité du syndrome ne peut plus être contestée, mais le type clinique se reconnaît plus fréquent qu'on ne le pensait il y a 30 ans.

Infection de nature tuberculeuse, la typhobacillose présente l'allure d'une maladie infectieuse générale, analogue à la fièvre typhoïde et des lésions souvent très étendues ne se traduisant par aucun signe clinique.

Sous le terme de typhobacillose, Landouzy a compris une affection évoluant en trois temps :

Premier temps caractérisé par une période fébrile simulant la fièvre typhoïde ;

Deuxième temps caractérisé par une rémission des signes cliniques ;

Troisième temps caractérisé par une reprise des phénomènes pathologiques sous forme de localisation tuberculeuse.

Ultérieurement, le terme de typhobacillose ne s'est appliqué qu'à la première période. La description clinique faite par Landouzy est encore valable, mais elle est incomplète, car Landouzy ignorait la présence de localisations tuberculeuses pulmonaires au cours de la première période. Il pensait à une septicémie sans foyer, fait qui doit être considéré comme pratiquement inexistant .

DESCRIPTION CLINIQUE

Il n'y a pas de signe pathognomonique des fièvres de tuberculinisation. Nous étudierons la fièvre, étant donnée son importance, dans un chapitre spécial.

La typhobacillose évolue en plusieurs périodes :

1. *Prodromes.* — Cette période est caractérisée par des signes traduisant l'atteinte générale de l'organisme
a) anorexie, b) amaigrissement, c) asthénie, d) malaise, e) pâleur, f) frissons répétés.

2. *Période d'état.* — Durée variable de quelques jours à quelques mois. *La mort est rare pendant cette période.*

Symptômes :

A. Cérébrospinaux.

1. céphalée avec rémissions et exarcebations, tandis que dans la fièvre typhoïde, la céphalée est vive et tenace ;

2. esprit lucide, absence de stupeur, quelquefois subdélire ;

3. intelligence conservée ;

4. fatigue ;

5. adynamie ou agitation ;

6. hypotension.

B. Troubles digestifs. — Un ensemble de signes qu'on peut observer au cours de la fièvre typhoïde :

1) en général, conservation de l'appétit ; 2) amaigrissement rapide ; 3) constipation fréquente, diarrhée rare ; 4) splénomégalie ; 5) hépatomégalie ; 6) pas de douleur ni gargouillement dans la fosse iliaque droite ; 7) langue humide et rosée, quelquefois sèche et saburrale ; 8) vomissements rares ; 9) pas d'angine ; 10) pas de catarrhe pharyngé ; 11) pas d'ulcération palatine ou linguale ; 12) ventre souple.

C. *Signes thoraciques.* — Il y a au cours de la typhobacillose moins de symptômes pulmonaires qu'au cours de la fièvre typhoïde. Cette absence de symptômes ne démontre pas l'absence de lésions tuberculeuses, lesquelles échappent à l'exploration clinique.

Poumons normaux. — Pas de toux, d'expectoration, de dyspnée ou de catarrhe bronchique. *Cœur*, tachycardie. *Pouls* : a) accéléré, b) instable, non seulement d'un jour à l'autre, mais d'un moment à l'autre, influencé par toutes les causes d'émotivité, c) dicrote en cas de chute importante de la tension artérielle.

D. *Téguments.* — Absence dans la grande majorité des cas de taches rosées lenticulaires. Quelquefois exanthème polymorphe ou pétéchies. Souvent érythème noueux.

E. *Urines.* — Albumine rare ; diazoréaction négative.

F. *Sang.* — Serodiagnostic négatif ; hémoculture négative.

3. *Phase de latence.* — La convalescence est lente, l'apyrexie peu franche ; la moindre fatigue produit l'hyperthermie L'état général est médiocre : le poids augmente lentement ; le pouls est rapide ; la respiration est courte. Il y a anémie et pâleur. La guérison peut s'établir. M. Caussade a rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1929, un cas de guérison

chez un sujet qu'il a eu l'occasion d'examiner 9 ans après sa typhobacillose. Il n'en est pas toujours ainsi. Après un temps plus ou moins long, des localisations secondaires apparaissent. Dans les cas de guérison, il s'agit probablement de simples congestions pulmonaires sans altérations destructives.

4. — Reprise des phénomènes pathologiques sous forme de localisation tuberculeuse au niveau des : 1) méninges, 2) péritoine, 3) plèvre, 4) poumons, 5) glandes endocrines, etc. Il n'y a pas de règles concernant l'évolution de la maladie. La typhobacillose peut se manifester sous une allure bénigne et se terminer par la mort. Dans d'autres cas, son allure est grave, mais elle tourne court et évolue rapidement vers la guérison. A côté de cette forme, on distingue encore une série de formes anormales ou atypiques : 1) forme sans rémission ; 2) forme avec prolongation de la phase de rémission ; 3) forme sans phase de localisation, 4) forme suraiguë, 5) forme aiguë, 6) forme atténuée, 7) forme à rechutes, etc.

III. PATHOGÉNIE

La pathogénie du syndrome typhobacillaire est très discutée ; on a émis plusieurs théories pour expliquer cette fièvre de tuberculinisation. Ce fait même démontre l'incertitude dans laquelle on se trouve actuellement. On peut distinguer deux grandes théories : 1) *la théorie humorale*, 2) *la théorie lésionnelle*.

Les partisans de la théorie humorale se divisent en deux catégories suivant la cause qu'ils invoquent. Les uns avec Landouzy pensent que la typhobacillose est une septicémie à bacille de Koch. Les autres, avec les expérimentateurs modernes invoquent l'ultra virus tuberculeux. Les partisans de la théorie lésionnelle pensent que la fièvre de tuberculinisation est sous la dépendance :

a) ou bien d'une tuberculose de ganglions trachéo-bronchiques,

b) ou bien d'une lésion pulmonaire.

1.) congestive, par exemple splénopneumonie ;

2. caséifiante,

3. micronodulaire, etc.

Pour établir sa théorie pathogénique, Landouzy s'est basé sur deux ordres de faits :

1. provenant des autopsies au cours desquelles il a observé des lésions congestives et dégénératives semblables à celles qu'on trouve dans toute septicémie ;

2. provenant des expériences de Jersin confirmées par celles de Gougerot, qui ont pu reproduire, par inoculation intraveineuse, chez le lapin, des lésions analogues, à celles qu'on observe chez l'homme.

FAITS QUI PLAIDENT CONTRE LA THÉORIE DE LANDOUZY

1. Rareté de la constatation de la bacillémie au cours de la typhobacillose. Mais cette notion est à reviser depuis les recherches de Valtis, Boquet et Negre, Saenz, confirmées par un cas de MM. Armand-Delille et Saenz, MM. Debré et Bonet, qui ont montré qu'il ne suffisait pas de chercher chez le cobaye inoculé des lésions macroscopiques, mais qu'il fallait chercher le microbe dans les ganglions apparemment sains de l'animal. D'un autre côté, nous pensons que sans doute il se produit une bacillémie au cours de la typhobacillose même si le passage du microbe dans le sang était incapable d'expliquer la fièvre de tuberculisation, étant données :

1) la fréquence des images micronodulaires sur lesquelles notre Maître a tant insisté, et,

2) l'apparition de nouveaux foyers tuberculeux à côté des anciens.

Mais même si l'on pouvait constater plus fréquemment la bacillémie, on n'aurait pas pu tirer des conclusions absolues, étant donné que :

1. les recherches modernes ont montré la possibilité du passage du bacille de Koch dans le sang en dehors de l'existence d'une fièvre de tuberculinisation. Il s'agit d'une migration bacillaire dépourvue d'expression clinique ;

2. la bacillémie peut s'observer au cours des affections les plus diverses ;

3. la bacillémie peut s'observer au cours des formes les plus différentes de la tuberculose.

Pour MM. Arfing, Dufourt, Martin, etc., la fièvre de tuberculinisation serait sous la dépendance d'une infection sanguine du virus tuberculeux.

Les partisans de la théorie lésionnelle invoquent avec Hutinel, soit : 1) *l'adénopathie trachéobronchique* qu'on trouve si souvent, cliniquement et radiologiquement, au cours de la typhobacillose, soit 2) un *foyer caseux* qui est le point des essaimages nouveaux, soit 3) les *localisations secondaires* résultant de ces essaimages. Mais ici, on doit faire plusieurs critiques :

1. Il y a des adénopathies accompagnées de lésions

pulmonaires qui ne se traduisent jamais par une fièvre de tuberculinisation.

2. Malgré l'évolution extensive des lésions tuberculeuses, lésions suivies par la radio, la fièvre tombe, donc elle n'est pas sous l'influence d'une lésion tuberculeuse évolutive.

IV. LA FIÈVRE DE TUBERCULINISATION AU COURS DU SYNDROME TYPHOBACILLAIRE

Cette fièvre peut se montrer à des degrés d'intensité variée. Elle correspond à la deuxième étape de la primo-infection c'est-à-dire à l'étape de généralisation.

I. — Dans la forme commune ou moyenne de la typhobacillose, cette fièvre dure environ trois à quatre semaines :

1. *Période de début.* — C'est la période des oscillations ascendantes. Quelquefois elle monte brusquement à 40°. En tout cas, la fièvre s'installe assez vite, et dès le troisième jour, elle dépasse 39°, il y a là une différence notable avec ce qu'on voit dans la fièvre typhoïde.

2. *Période d'état.* — Période des oscillations stationnaires. Elle dure environ trois semaines et présente des rémissions matinales plus ou moins accentuées. La température se maintient aux environs de 39°, mais avec des oscillations vespéro-matutinales assez marquées, et plus grandes que dans la fièvre typhoïde. Cette période correspond au stade typhoïde propre-

ment dit. En raison de l'état général et de leur durée, les oscillations de cette période ne sauraient être prises pour le stade amphibole de la fièvre typhoïde.

3. *Période terminale.* — Période des oscillations descendantes. Mais la température ne se régularise pas complètement ; elle continue à osciller entre 37° le matin et 38° le soir pendant plusieurs semaines. Cette période est toujours plus prolongée dans la typhobacillose que dans la fièvre typhoïde. La température ne descend pas en un septenaire à la normale. La défervescence est lente, progressive, de sorte que dans la typhobacillose, on n'observe pas le syndrome de convalescence de la fièvre typhoïde constitué par la bradycardie, l'hypothermie et la polyurie.

II. *Dans les formes légères.* — La fièvre dure environ 15 jours. Elle est irrégulière, se maintient autour de 39° avec des rémissions plus ou moins marquées.

III. *Dans les formes graves.* — La fièvre dure environ six semaines. Elle présente des poussées successives. C'est la durée excessive de la fièvre qui constitue sa gravité. La fièvre de tuberculinisation peut présenter encore plusieurs autres aspects. Elle peut être :

IV. *Oscillante*, avec des fortes différences du matin au soir.

V. *Ondulante*. — Parfois elle est : VI. *Cassée*, sujette à des accalmies passagères. Dans d'autres cas, elle présente des oscillations très tendues et inexplicables, ou bien elle affecte : VII. *le type inverse* ; VIII. *mixte*, c'est une combinaison du type irrégulier et du type continu. IX. Irrégulière, où après une période de fièvre continue survient l'apyrexie ou la fièvre intermittente avec des rémissions tantôt vespérales, tantôt matutinales.

Les oscillations très étendues entre la température du matin et celle du soir constituent un argument en faveur de la tuberculose. A côté de ces fièvres, on peut encore ranger : a) *les fièvres qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme*, qui ne modifient pas l'état général, fièvres, qu'on considère souvent à tort comme des fièvres de croissance ou de dentition, et qui d'après M. Comby sont de nature tuberculeuse. Notre Maître M. P. Armand-Delille, a présenté à la Société de Pédiatrie en 1919, un certain nombre de cas très intéressants de ce genre. Ces fièvres ont une marche continue avec des exacerbations vespérales.

b) *Les fièvres qui provoquent l'anémie, l'amaigrissement, l'asthénie*, qu'on rencontre très souvent dans la pratique, et qui sont souvent la voie par laquelle on entre dans la tuberculose.

Les fièvres de tuberculinisation sont fréquentes à tous les âges. Rares et graves jusqu'à 5 ans, communes

de 5 à 15 ans, on peut les observer chez l'adulte et chez les personnes âgées, car à mesure que les années s'accumulent, la résistance de l'organisme fléchit. On voit assez souvent, à tous les âges, des malades en proie à une fièvre continue durant des semaines, et faisant songer à la fièvre typhoïde.

V. *DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL*

Il doit se faire avec :

1. Le groupe des maladies typhoïdes. Il est basé dans ce cas sur un certain nombre de nuances d'autant plus difficiles à saisir que la fièvre typhoïde chez l'enfant est moins typique que chez l'adulte. On constate au cours de la typhobacillose :

1. une irrégularité de la courbe thermique qui montre des oscillations plus considérables et plus irrégulières, non seulement d'une semaine à l'autre, mais d'un jour à l'autre ;

2. le pouls est plus accéléré et non dissocié avec la température ;

3. dans la majorité des cas on ne constate pas les faits suivants :

1. ballonnement du ventre ;
2. taches rosées lenticulaires ;
3. gargouillement de la fosse iliaque droite ;
4. catarrhe intestinal bronchique et pharyngé ;
5. prostration.

De plus, l'examen clinique montre qu'il y a : bron-

chite, tachycardie et amaigrissement rapide. La langue est humide et rosée ;

Les examens de laboratoire montrent *qu'il n'y a pas de modifications sanguines*. Mais chez l'enfant *au cours de la fièvre typhoïde*, on remarque *souvent de la constipation, de la tachycardie*, la non-dissociation du pouls et de la température. Donc ces signes ne peuvent pas avoir une grande valeur diagnostique.

II. *La fièvre de Malte*. — La courbe thermique dessine des ondes plus ou moins régulières, d'une durée de 10 à 15 jours séparées par des intervalles d'apyrexie de 3 à 4 jours. Les signes essentiels de cette maladie sont :

les sueurs abondantes liées ou indépendantes de la fièvre, les douleurs articulaires, osseuses, cutanées, etc. ; les orchites ; l'anémie, la constipation, etc.

Le diagnostic se fait grâce aux examens du sang : *sérodiagnostic, hémoculture*.

On éliminera encore :

la grippe, la septicémie à colibacille et à staphylocoque grâce à l'hémoculture, les infections inflammatoires rhino-pharyngées, grâce à un examen rhinoscopique, les fièvres de digestion chez les enfants, la dyspepsie du lait, les otites, l'embarras gastrique fébrile, l'appendicite chronique, les fièvres dues aux mauvaises conditions d'hygiène, la fièvre rhumatismale caractérisée par une endo-péricardite sans lésions articulaires, etc.

VI. LES DIFFICULTÉS

DU DIAGNOSTIC CLINIQUE BIOLOGIQUE ET DE LABORATOIRE ET LEUR IMPORTANCE

Les difficultés du diagnostic différentiel qui existent entre la typhobacillose et la fièvre typhoïde sont souvent très grandes, quelquefois insurmontables. Et ceci pour les raisons suivantes :

1. La typhobacillose ne se distingue de la fièvre typhoïde que par quelques nuances difficiles à saisir surtout chez l'enfant chez lequel la dothiéntérie a souvent une symptomatologie atténuée. On constate souvent chez ce dernier au cours de la fièvre typhoïde l'absence de dissociation du pouls et de la température, la fièvre est bien supportée, la langue est normale, l'absence de typhos : absence de taches rosées, absence de splénomégalie.

De toutes les observations que nous avons consultées, il résulte une grande incertitude de diagnostic à la période typhobacillaire. Dans tous les cas, la possibilité d'une fièvre typhoïde peut être envisagée.

2. La typhobacillose copie la fièvre typhoïde, non seulement dans ses formes normales, mais aussi

dans ses formes anormales. On comprend ainsi aisément pourquoi ces deux états sont si souvent confondus.

3. Les difficultés du diagnostic sont compréhensibles quand on considère que les lésions qui accompagnent dans la grande majorité des cas le syndrome typhobacillaire sont disposées de telle façon que les investigations cliniques ne peuvent pas les atteindre. Et cela quand ces lésions sont disséminées à la surface pulmonaire ou dans le tissu conjonctif péribronchique, ou bien quand, pour des raisons diverses qui nous échappent, ces lésions, quoique très importantes, restent silencieuses.

4. Les difficultés du diagnostic peuvent encore surgir du fait que certaines manifestations respiratoires de la fièvre typhoïde présentent une analogie avec la tuberculose. Quelquefois on peut se trouver en présence de cas où les deux affections sont intriquées.

5. Les difficultés du diagnostic clinique sont insurmontables dans la forme atténuée, de la typhobacillose. Dans ce cas la mise en évidence du bacille de Koch dans le sang peut avoir une importance tout à fait relative d'ailleurs, comme nous l'avons montré dans un chapitre antérieur.

6. Le diagnostic est encore très difficile dans les formes graves qui revêtent l'aspect d'une infection

généralisée, ou bien dans les formes monosymptomatiques.

Au contraire l'apparition d'un érythème noueux doit guider le médecin vers un examen approfondi, clinique et radiologique du poumon.

Il résulte de tout ceci que le médecin sera souvent fort embarrassé pour faire son diagnostic. Il aura alors recours aux méthodes du laboratoire et à la cuti-réaction. Or ces moyens sont souvent défaillants ou inutilisables.

LE SÉRODIAGNOSTIC DE WIDAL.

1. Il est inutilisable en cas de vaccination antityphique ;

2. il ne donne des résultats valables que lorsque le taux d'agglutination est très élevé ;

3. mais même dans ce cas, la certitude n'est pas parfaite, on a cité des cas (Alibert, thèse 1932) où la typhobacillose fut méconnue à cause d'un sérodiagnostic à taux très élevé ;

4. on a trouvé un sérodiagnostic positif chez des tuberculeux qui n'ont pas été atteints de fièvre typhoïde.

L'HÉMOCULTURE

1. Son résultat négatif est inutilisable quand elle n'a pas été pratiquée dans les premiers jours de la maladie ;

2. son résultat positif est inutilisable quand il y a association de deux affections.

3. en présence d'une hémoculture négative, on ne peut pas savoir s'il s'agit de fièvre typhoïde, de typho-bacilliose ou d'une infection indéterminée.

LA CUTIRÉACTION

Pour le diagnostic, elle ne peut être que d'une utilité pratique restreinte parce que ;

1. elle n'a de valeur que lorsqu'elle est devenue positive au cours de la fièvre.

2. la cutiréaction négative ne permet pas d'éliminer la nature tuberculeuse d'une fièvre à allure typhoïde, car on peut se trouver en période préallergique ou anergique. Avec Jousset, on peut dire que tout état fébrile qui respecte la cutiréaction chez l'adulte et la fait apparaître chez l'enfant, relève de la tuberculose ;

A côté de ces faits, il y en a encore un autre que M. Armand-Delille a signalé, à savoir que le public médical n'a pas assez l'attention attirée sur la fréquence de la fièvre de tuberculinisation.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que le diagnostic clinique, même combiné aux examens de laboratoire et à la cutiréaction, peut laisser le praticien dans l'indécision quant à son diagnostic. Nous montrerons dans un chapitre suivant quel est le profit qu'on peut tirer

d'un examen radiologique fait en temps voulu. Le diagnostic de fièvre de tuberculinisation est très important au point de vue des mesures à prendre précocement pour enrayer la marche envahissante de la tuberculose. Pour ne pas passer à côté du diagnostic nous croyons qu'il est très utile de se tenir aux règles émises par notre Maître, M. Armand-Delille, à savoir que :

1. dans tous les cas où l'on doute de la nature d'une infection, il ne faut pas porter à la légère un diagnostic quelconque comme celui de grippe, d'embarras gastrique fébrile, etc.;

2. il faut penser à la fièvre de tuberculinisation toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une fièvre continue ou d'un état fébrile indéterminé.

VII. *ROLE DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE*

Devant la défaillance presque constante des signes cliniques, devant l'insuffisance des signes de laboratoire et de la cutiréaction, l'examen radiologique du poumon peut fournir des renseignements extrêmement importants pour le diagnostic de la fièvre de tuberculisation.

I. — Dans les formes atténuées de la typhobacillose quand on pense à une appendicite, à une pharyngite ou à une infection intestinale, les signes généraux étant modérés, seul l'examen radiologique peut fournir la clef du problème, en révélant une atteinte ganglionnaire ou parenchymateuse et en permettant ainsi de rapporter les accidents à leur véritable cause.

II. — Au cours des autres formes de la typhobacillose, la radiologie permet de découvrir les bases anatomiques du syndrome. Et comme le plus souvent le syndrome résulte d'une réinfection endogène, la radiologie permet de découvrir.

a) *Le foyer tuberculeux primitif d'où part l'infection.*

— Ce foyer est constitué, la plupart du temps, par un complexe primaire dont on ne décèle souvent que l'adénopathie. Or on connaît depuis les recherches de notre Maître, M. P. Armand-Delille, le rôle primordial que joue la radiologie dans le diagnostic des adénopathies médiastines. Quelquefois, le foyer latent siège dans le parenchyme pulmonaire ; là encore il est impossible de le mettre en évidence sans la radiologie ;

b) *Le foyer tuberculeux secondaire résultant de la réinfection du sujet.* — Ce foyer passe la plupart du temps inaperçu cliniquement. C'est pourquoi il n'est pas étonnant que Landouzy ignorât les localisations pulmonaires de la typhobacilliose. Les foyers pulmonaires secondaires auxquels nous faisons allusion ne sont pas les localisations secondaires étudiées par Weil et Mouriquard. Mais si la radiologie peut mettre en évidence une lésion pulmonaire, elle est incapable de préciser sa nature inflammatoire simple ou nécrotique.

III. — Le rôle de la radiologie est encore grand dans la découverte des lésions latentes tuberculeuses qui déterminent une élévation peu importante de la température et dont la véritable cause nous échappe souvent. Grâce à la radiologie, on sera ainsi fixé sur l'existence dans l'organisme, d'une réserve microbienne dont il faut se méfier.

IV. — Le rôle de la radiologie est encore indéniable

quand il s'agit de faire le diagnostic différentiel entre d'un côté la granulie à forme typhoïde et la pleurésie interlobaire, et de l'autre côté la typhobacillose.

V. — Au cours de la typhobacillose, la radiologie permet de trouver des manifestations tuberculeuses chroniques que la clinique était incapable de découvrir.

VI. — La radiologie a permis de modifier la conception pathogénique de Landonzy du syndrome typhobacillaire et d'en tirer les conséquences pratiques, à savoir qu'au cours de la typhobacillose, il faut chercher un foyer tuberculeux. On découvrira ainsi dans la majorité des cas des images pulmonaires anormales qui souvent précèdent même la fièvre de tuberculinisation. Mais la radiologie permet non seulement la mise en évidence d'un foyer tuberculeux, elle permet encore de suivre son évolution.

VII. — La radiographie mettant en évidence des lésions tuberculeuses, est le seul argument positif en faveur de la typhobacillose. Elle doit être précoce car certains aspects pathologiques peuvent disparaître en quelques jours. Dans d'autres cas certaines lésions peuvent échapper même à l'examen radiologique.

LES IMAGES RADIOLOGIQUES DE LA TYPHOBACILLOSE.

Les images que montre la radiographie au cours de

la typhobacillose constituent une preuve tangible du syndrome. Elles sont :

1° *Aspect micronodulaire*
(granulie, tuberculose miliaire).

OBSERVATION I (inédite) (fig. 1) (Docteur AZOULAY). — M. D., a présenté un syndrome typhobacillaire avec fièvre moyenne depuis la fin du mois de décembre 1934 à la suite d'un contact de 10 jours, en octobre, avec un oncle bacillaire. La cutiréaction a été négative. La radiographie (fig. 1) faite le 24 janvier 1935 par M. Azoulay a montré l'existence d'une granulie intéressant les deux champs pulmonaires.

OBSERVATION II (inédite) (fig. 2) (Docteur P. ARMAND-DELILLE). — N. G., âgée de 13 ans, entre à l'hôpital Héroid le 8 octobre 1935, pour céphalée, vomissements, diarrhée, angine, température oscillant entre 38° le matin et 39° le soir, et pouls à 80 sans dis-crotisme. L'examen clinique est négatif, la cutiréaction est positive. On a pensé successivement à une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, et à une méningite. Les examens de laboratoire portant sur le sang, la numération globulaire, hémoculture et sérodiagnostic répétés à quelques jours d'intervalles ont été négatifs. Le liquide céphalo-rachidien a été normal.

Radiographies. — La première radiographie qui fut tirée le 10 octobre 1935, a été normale. La deuxième radiographie faite le 15 octobre, n'a pas montré de modifications nettement perceptibles. Mais une troisième radiographie faite le 11 novembre, montre par contre, en comparaison avec la première, une accentuation de la trame dans la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche et quelques granulations discrètes. L'enfant reste hospitalisée jusqu'au 12 novembre 1935. Sa température tombe, et son poids remonte de 38 kgr. à 39 kgr. 600. Le 17 janvier 1936 elle est envoyée au préventorium ; elle y reste jusqu'au 24 février. Pendant son séjour là-bas, sa température remonte pour atteindre le soir 39° et même 40°. Revenue à Hérold, de nouvelles radiographies ont montré des images micronodulaires parsemées dans les deux champs pulmonaires. Le 5 mars elle est hospitalisée dans le service de M. Armand-Delille. On trouve des bacilles de Koch dans le liquide de lavage gastrique et par examen direct. Une radiographie faite le 6 mars (fig. 2) montre des images micronodulaires dissimulées dans les deux champs pulmonaires. Ultérieurement il se produit une caverne au sommet.

2° *Aspect de splenopneumonie.*

OBSERVATION III (inédite) (fig. 3) (Docteur AZOU-

LAY). — V.L., 4 ans a présenté en novembre 1929, à la suite d'un contact avec une tante tuberculeuse, une typhobacillose, avec fièvre élevée, qui a duré trois semaines. La cutiréaction a été très positive. La radiographie faite le 10 décembre en oblique antérieure droite (fig. 3), a montré une lobite moyenne droite avec hiloscissurite. Les radiographies pratiquées ultérieurement ont montré la régression de l'ombre spleno-pneumonique et la persistance de l'adénopathie trachéo-bronchique. En 1931, l'enfant a fait une première localisation tuberculeuse extra-pulmonaire au niveau de son coude droit et en 1932 des nouvelles localisations ayant abouti à la formation des abcès sternaux.

3° Aspect de lobite.

OBSERVATION IV (inédite) (fig. 4) Docteur P. ARMAND-DELILLE). — Enfant J.D., né le 18 janvier 1926. Pas d'antécédents tuberculeux. A la suite d'une période de troubles généraux se traduisant par de l'amaigrissement, de la fatigue et de l'entérite, l'enfant est alité le 16 *novembre* 1932, pour une fièvre très élevée. On pensait à une fièvre intestinale et l'enfant est soumis à une diète hydrique et à la balnéation, toutes les 4 heures, jusqu'au 1^{er} décembre. A cette date, le médecin traitant ordonne la suppression des bains, de l'alimentation et l'allocrysine. Devant l'effet passa-

ger de cette thérapeutique, M. Armand-Delille est appelé en consultation. Il fait le diagnostic de fièvre de tuberculinisation et fait faire une radiographie qui montre une *lobite supérieure droite* dont la densité s'accroît vers la base (fig. 4). Dans la crainte du développement d'une pneumonie caséeuse, un pneumothorax est institué. La température tombe et oscille entre 36°5 le matin et 37°6 le soir. La recherche du bacille de Koch dans les crachats et le liquide gastrique est négative. Envoyé le 17 janvier dans le sanatorium de « Roc de Fiz », il est atteint le 30 mai d'une varicelle qui guérit le 15 juin. Le 15 juillet 1933, il quitte le sanatorium en bon état général, sans signes cliniques bactériologiques ou radiologiques. Son pneumothorax est relâché.

4° Images hilo-scissurales.

OBSERVATION V (inédite) (fig. 5) (Docteur AZOULAY). — R. M., a présenté à l'examen radiologique des poumons au cours d'un syndrome typho-bacillaire, une image hilo-scissurale.

Le poumon droit. — On note l'existence d'une adénopathie juxta-trachéale droite du volume d'une noisette.

Une infiltration hilaire et périhilaire droite qui s'étend dans les deux tiers du poumon. Il existe éga-

lement un important degré de scissurite supérieure droite.

Le poumon gauche. — Le hile pulmonaire gauche est très légèrement épaissi avec quelques fines polmme-lures juxta-hilaires.

Diaphragme et sinus costo-diaphragmatiques normaux, contour cardio-aortique normal.

Une radiographie de profil a montré l'épaississement hilare droit ; une réaction scissurale l'infiltration sus-jacente.

OBSERVATION VI (inédite) (fig. 6) (Docteur AZOULAY). — M. C., a présenté une dilatation de bronches à forme sèche hémoptoïque en 1929. La cutiréaction a été négative et les bacilles de Koch absents dans les crachats. A la suite d'une erreur de diagnostic elle est envoyée en sanatorium où elle séjourne pendant neuf mois. Cinquante jours après son arrivée du sanatorium elle présente un syndrome typhobacillaire. L'examen radiologique pratiqué en ce moment montre des adénopathies hilaires et juxta trachéale droite. En 1934, elle a présenté une tuberculose apicale et en 1935 une granulie froide.

5° *Complexe ganglio pulmonaire, dont on ne peut voir que les ganglions ou une plage pneumonique.*

OBSERVATION VII (inédite) (fig. 7) (Docteur AZOULAY).

LAY). — O. F., a la suite d'un contact, pendant trois mois, avec un frère atteint de tuberculose cavitaire et ulcéreuse, a présenté une cutiréaction positive le 26 avril 1936. A partir du 27 avril un syndrome typhobacillaire s'installe, avec température oscillant entre 38° le matin et 39° le soir. Le 3 mai un *érythème noueux et polymorphe apparaît* ainsi que la cutiréaction qui redevient positive. Le 13 mai, l'enfant a présenté une nouvelle poussée d'érythème noueux. Le 16 mai un examen radiologique est pratiqué (fig. 8).

Poumon droit. — Le hile pulmonaire droit est quadruplé de volume. On note l'existence d'une adénopathie juxta-trachéale droite ainsi que le parenchyme pulmonaire péri-hilaire et est fortement grisailé et présente des arborescences fortement marquées. A la radioscopie on a constaté l'obscurcissement du médiastin postérieur dans sa partie moyenne et supérieure.

Le *poumon gauche* est d'apparence normale. Le diaphragme et les sinus costo-diaphragmatique sont normaux. Les scissures sont normales.

A partir du 20 mai la température oscille autour de 37°.

OBSERVATION VIII (inédite) (fig. 8) (Docteur AZOULAY). — J. F., le frère de la précédente. Mêmes antécédents. A présenté une cutiréaction négative le 26 avril. Les jours suivants a présenté le même syndrome que sa sœur. Sa cuti réaction devient positive

le 4 mai. Il a présenté une poussée d'*érythème polymorphe*, le 8 mai, sur son avant-bras droit. L'examen radiologique pratiqué le 16 mai a montré :

A droite. — Le hile pulmonaire a présenté une adénopathie inter bronchique du volume d'une cerise. Une adénopathie juxta-trachéale droite, les arborisations de la base droite ont été assez développées.

A gauche. — Le hile est légèrement épaissi.

Le diaphragme et les tissus costo-diaphragmatiques normaux. Les scissures normales. Le médiastin postérieur normal, à la radioscopie le contour cardio-aortique normal.

6° *Image juxta-hilaire en rapport avec l'hépatisation pulmonaire ou avec l'infiltration péri-ganglionnaire.*

OBSERVATION IX (fig. 9) (Docteur AZOULAY). — R. G., 3 ans est restée en contact pendant 15 jours, en juin 1932, avec sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère. Examinée en juillet, sa cutiréaction est négative et sa radiographie est normale. Le 10 août la fièvre apparaît. Elle se maintient, pendant trois semaines, autour de 39°-40° le soir, pour descendre le matin à 38°5. L'enfant présente de la diarrhée, des vomissements, il est abattu dans la journée, agité la nuit. L'examen montre une splénomégalie et une hépatomégalie. L'anorexie est

totale et l'amaigrissement rapide. Au bout de quelques jours un érythème polymorphe apparaît. La température commence à baisser le 1^{er} septembre et devient normale à la fin du mois. L'érythème disparaît après deux poussées. L'examen radiologique pratiqué le 1^{er} septembre 1932, montre :

Thorax normal, de forme ogivale.

Poumon droit. — On note dans la région hilare et périhilare une infiltration dense du volume d'une amande. Cette infiltration est séparée du diaphragme par un espace sain de 2 cm., autour de la région infiltrée, on note une série de fins tractus et de très fines pommelures.

Poumon gauche. — Hile pulmonaire gauche épaissi, doublé de volume. Il existe dans la région hilare et périhilare une infiltration, moins accusée qu'à droite. Des fins tractus et des pommelures existent autour de cette infiltration.

Diaphragme et sinus costo-diaphragmatiques, normaux.

Scissures, normales.

Médiastin postérieur obscurci dans sa partie supérieure par les ombres hilare et parahilaire.

En résumé. — Hilite bilatérale avec adénopathie trachéo-bronchiques au cours d'un syndrome typho-bacillaire.

7° Image de pleurésie interlobaire.

OBSERVATION X (inédite) (fig. 10 et 11) (Docteur AZOULAY). — M. H., 27 ans mère de deux enfants de 3 ans 1 / 2 et de 8 mois, présente le 2 janvier 1934 une affection à début brusque avec frisson, malaise et céphalée. La température monte à 39° et 40°, et se maintient au même niveau jusqu'au 25 janvier, avec une ébauche de descente vers le septième jour de la maladie. On pense à la typhobacillose. Le 18 janvier, le Docteur Azoulay voit la malade : la température est à 40°, le pouls à 110, il y a abattement sous taphos véritable, une céphalée modérée, un peu de toux, une légère expectoration muqueuse. Il n'y a pas de diarrhée, l'abdomen est souple, il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ni taches rosées lenticulaires. La rate est percutable. La gorge est normale. On constate une submatité à la partie moyenne de l'hémithorax droit remontant un peu vers l'aisselle. A ce niveau l'auscultation décèle après la toux quelques râles bulleux, la cutiréaction est très positive. L'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs, on trouve le bacille de Koch dans les crachats. La radiographie pratiquée à domicile montre une image de pleurésie interlobaire (fig. 10). La température se maintient à 39° et 40° jusqu'au 25 janvier pour atteindre un niveau normal vers le

milieu de février. Une nouvelle radiographie faite le 28 mars montre l'image d'une scissurite, reliquat de la pleurésie (fig. 11).

8° *Image de pleurésie de la grande cavité.*

OBSERVATION XI (fig. 12) (Docteur AZOULAY). — J. S., a présenté en juin 1928 un syndrome typhobacillaire et une cutiréaction très positive. L'examen clinique a révélé un syndrome liquidien de l'hémithorax droit. Une radiographie faite le 22 juin 1928 (fig. 12), a montré une image d'épanchement liquidien intrapleural. La radiographie faite le 1^{er} avril a montré une image hilo-scissurale, séquelle de la pleurésie.

On peut encore observer au cours de la typhobacillose :

9° *Des images de tuberculose chronique.*

10° *Des images triangulaires ou quadrilatères ou bien des ombres mal définies, peu intenses, à forme variable disparaissant vite.*

RELATIONS DANS LE TEMPS ENTRE LA LÉSION
PULMONAIRE ET LA FIÈVRE DE TUBERCULINISATION

Etant donné que l'auscultation est d'un très faible secours, nous parlerons ici du rapport dans le temps

qui existe entre la lésion décelée par la radiographie et la fièvre. Malheureusement il est très rare d'examiner le thorax du sujet au début de la maladie, seul un hasard peut le permettre. C'est pourquoi nous pensons que dès qu'un enfant présente un syndrome fébrile suspect, on doit le passer à la radio et lui tirer un cliché. Quelquefois les examens radiologiques sont négatifs pendant la période typhobacillaire ; dans d'autres cas, et c'est la majorité, une lésion paraît au cours du syndrome ou même le précède.

On a même enregistré des cas où la fièvre manquait et où on a découvert par un examen fortuit des lésions ganglio-pulmonaires.

On peut remarquer que l'intensité de la fièvre n'est pas en rapport avec l'importance de la lésion, et que le pronostic ne doit pas être basé sur l'intensité des signes généraux mais sur l'importance de la lésion.

Fig. 1

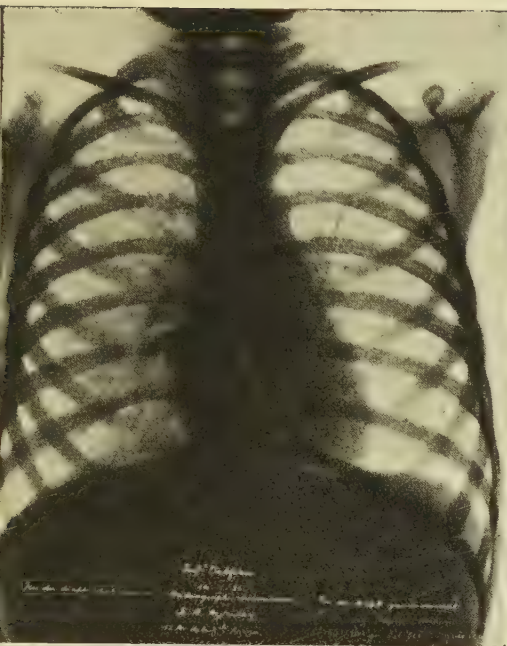


Fig. 2

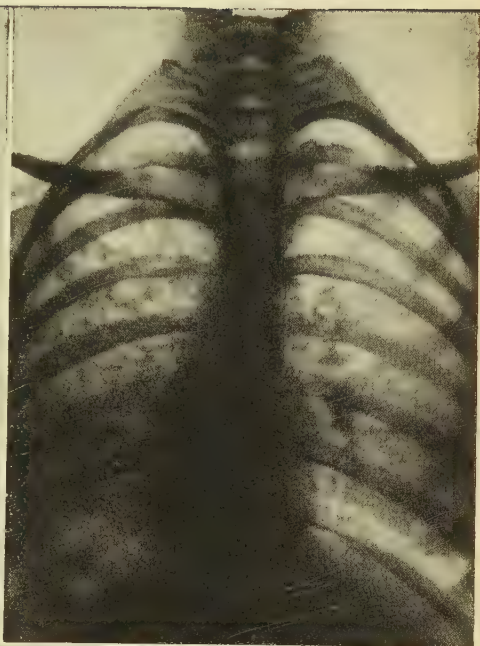


Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5



Fig. 6

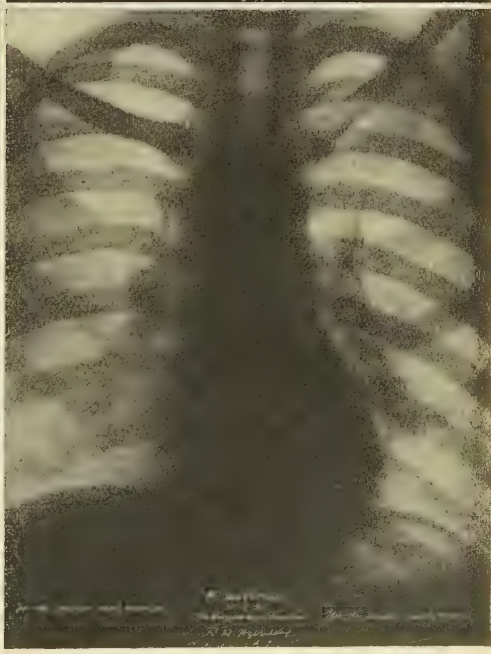


Fig. 7

Fig. 8



Fig. 9

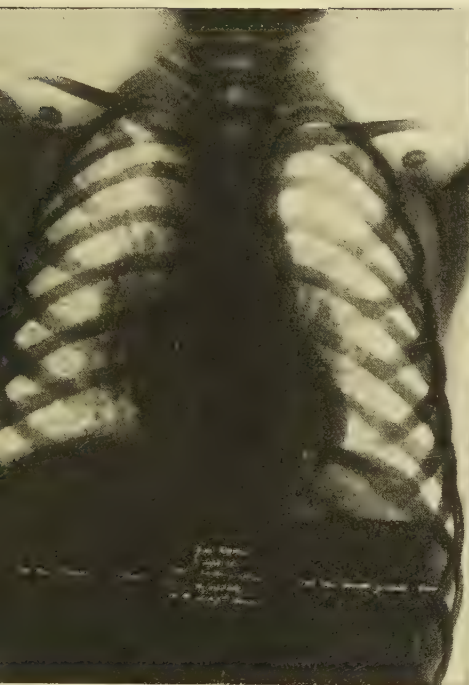


Fig. 10

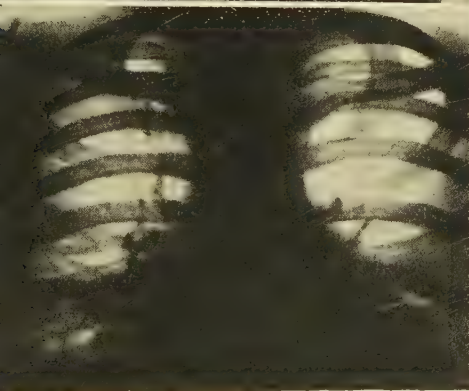
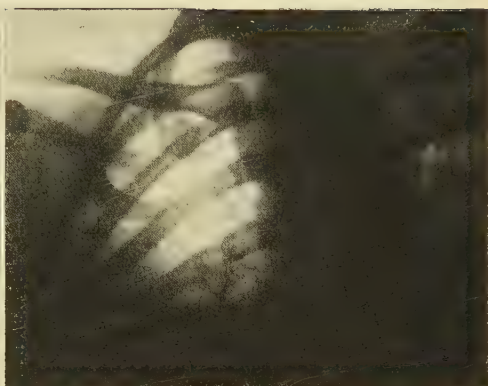


Fig. 11



Fig. 12

VIII. CONCLUSIONS

1. Pratiquer des radiographies en série toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un état fébrile non caractérisé.

2. L'examen radiologique précoce et en série est souvent nécessaire pour découvrir la lésion. En comparant les clichés, on pourra suivre même les légères modifications qui dans d'autres conditions peuvent échapper.

3. La radiologie fournit le seul signe positif et le moyen le plus sûr pour faire le diagnostic de fièvre de « tuberculinisation ».

4. La radiologie permet de découvrir et de suivre l'évolution des lésions tuberculeuses découvertes, et de prendre des mesures thérapeutiques différentes suivant qu'il s'agit d'une lésion congestive ou caséifiante.

5. La radiologie ne permettant pas de faire le diagnostic de lésion congestive ou dégénérative, on s'aidera du résultat bactériologique dans le liquide de lavage de l'estomac pour faire le diagnostic.

6. Ne pas affirmer l'absence de lésions pulmonaires par l'examen clinique seul.

7. Les signes cliniques, biologiques et de laboratoire sont souvent défaillants ou inutilisables.

8. La typhobacillose est souvent précédée d'une poussée d'érythème noueux qui peut d'ailleurs passer inaperçu.

Vu :
le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de la thèse :
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

MONDE MÉDICAL.

Armand Delille. — « La fièvre de tuberculisation et son diagnostic chez l'enfant », 15 mars 1924.

Le Tixier. — « Les formes cliniques, diagnostic et traitement de la typhobacilllose », 1^{er} sept. 1925.

Nobécourt. — « La typhobacilllose chez l'enfant », 1922.

PRESSE MEDICALE.

Landouzy. — « La typhobacilllose », 24 oct. 1908.

Ravina. — « La typhobacilllose », 24 juill. 1929.

Weill et Mouriquand. — « La typhobacilllose et les localisations tardives de l'infection tuberculeuse aiguë chez l'enfant », 27 nov. 1909.

REVUE DE LA TUBERCULOSE

Hutinel. — « Adénopathies tuberculeuses du médiastin, leur rôle dans l'évolution de la tuberculose chez l'enfant », octobre 1908.

— « Typhobacilllose et adénopathie médiastine », 1901 et 1914.

SCIENCE MÉDICALE PRATIQUE

Armand-Delille. — La typhobacilllose. Valeur diagnostique de l'examen radiologique des poumons.

LA MÉDECINE

A. Courcoux. — « Quelques considérations pratiques à propos de la typhobacillose », mai 1932.

Nobécourt. — « Les particularités de la fièvre typhoïde chez les enfants », août 1911.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE

Léon Bernard. — « La typhobacillose », juin 1930.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Baboneix. — « A propos de la typhobacillose », 27 juin 1924,

Caussade. — « Guérison absolue datant de neuf ans et demi d'une typhobacillose ayant évolué avec érythème polymorphe », 21 juin 1929.

Comby. — « La typhobacillose chez les enfants », 24 juin 1921.

Souleyre. — « A propos d'un cas de typhobacillose », 17.2.22.

JOURNAL de MÉDECINE de LYON

Péhu et Bertoyé. — « Sur la typhobacillose de l'enfance », 20.2.30.

Dufourt et Martin. — « La typhobacillose de Landouzy et sa pathogénie », 20.11.1932.

THÈSES DE PARIS

Brandy. — *Contribution à l'étude de la typhobacillose*, 1934.

Deblois. — *La typhobacillose chez l'enfant*, 1922.

Huard. — *Le pronostic de la typhobacillose*, 1910.

Libin. — *Les fièvres continues tuberculeuses chez l'enfant*, 1910.

Imp. F. BOISSEAU, Rue du Taur, 34 - TOULOUSE

